Série 4. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 24.

TRAITEMENT
DU
BUBON CHANCREUX
PAR LE
CHLORURE DE ZINC

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 10 août 1882,

Par Marie-Antoine BONNERY,

Ancien interne des hôpitaux de Toulouse, Élève du service de santé militaire.

Né à Villeneuve-la-Comptal (Aude),

Le 24 décembre 1857.

Examinateurs de la Thèse : MM. LANELONGUE, Président ; ORÉ, Professeur. ARMAINGAUD, DUDON, Agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

TOULOUSE
IMPRIMERIE L. HÉBRAIL ET DELPUECH
5, RUE DE LA POMME, 5
—
1882

D

Présen

A

Le

Série 4. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 24.

TRAITEMENT
DU
BUBON CHANCREUX
PAR LE
CHLORURE DE ZINC

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 10 août 1882,

Par Marie-Antoine BONNERY,

Ancien interne des hôpitaux de Toulouse, Élève du service de santé militaire,

Né à Villeneuve-la-Comptal (Aude),

Le 24 décembre 1857.

Examinateurs de la Thèse : MM. LANELONGUE, Président ; ORÉ, Professeur. ARMAINGAUD, DUDON, Agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

TOULOUSE
IMPRIMERIE L. HÉBRAIL ET DELPUECH
5, RUE DE LA POMME, 5
—
1882

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. DENUCÉ..... Doyen.

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	MICÉ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie générale	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER.
Thérapeutique	DE FLEURY.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PITRES. PICOT.
Clinique chirurgicale	DENUCÉ. LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. ARNOZAN,	MM. LEFOUR,	MM. TESTUT,
RONDOT,	DUDON,	CARLES,
LANDES,	DEMONS,	PÉRIER,
SOLLES,	GERVAIS-KOYSIEWICZ,	BLAREZ,
ARMAINGAUD,	POINSOT,	BOURSIER.

MAITRES DE CONFÉRENCES

Physique.....	MM. BERGONIÉ.	Histoire naturelle	MM. PÉRIER.
Chimie.....	CARLES.	Accouchements.....	LEFOUR.

CLINIQUES ANNEXES

Cliniq. méd. des enfants..	MM. NÉGRIÉ.	Maladies vénériennes ...	MM. VENOT.
Cliniq. chirur. » ..	BITOT.	Maladies mentales.....	N...
Ophthalmologie.....	BADAL.		

Le Secrétaire de la Faculté,

MADOULÉ.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANELONGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A la Faculté de Bordeaux.

A MONSIEUR LE Dr ALIX

MÉDECIN PRINCIPAL DE PREMIÈRE CLASSE,
MÉDECIN EN CHEF DE L'HOPITAL MILITAIRE DE TOULOUSE,
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE,
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR, ETC., ETC.

INTRODUCTION

Pendant notre internat à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, nous avons pu voir les excellents résultats obtenus par M. le Dr Fontagnères, dans le traitement des bubons chancreux ; par la cautérisation avec le chlorure de zinc, ce chirurgien obtient toujours une guérison complète en 20 à 25 jours. C'est l'observation de ces faits qui nous a donné l'idée de ce travail. Que M. Fontagnères veuille bien recevoir l'expression de nos remercîments et de notre reconnaissance pour les bons conseils dont il nous a aidé, et le soin qu'il a mis à nous montrer, dans son service des vénériens, les résultats obtenus par les divers modes de traitement.

Les limites que nous nous sommes imposées dans ce travail, ne nous permettent pas de faire l'histoire complète du bubon. Nous dirons quelques mots sur sa nature et sa pathogénie ; ce qui nous permettra d'être plus clair et plus bref par la suite. Nous ferons ensuite une revue rapide des divers traitements, et nous nous arrêterons à la cautérisation destructive. Après avoir décrit la manière d'appliquer le caustique de Canquoin,

nous le comparerons aux autres, et nous ferons ressortir ses avantages.

On entend par *bubon* (Βουβών, aine), l'engorgement inflammatoire des ganglions lymphatiques de l'aine. Quelques auteurs désignent ainsi l'inflammation des glandes lymphatiques en général ; pour eux, *bubon* est synonyme d'*adénite*. Cependant la première acception est la plus généralement reçue : c'est celle que nous adoptons.

L'inflammation des ganglions lymphatiques, peut revêtir, suivant les circonstances, une physionomie spéciale, qu'elle doit soit à sa cause, soit au terrain sur lequel elle évolue : ces différences ont permis de classer les adénites.

Sous le rapport de leur cause, on peut accepter la classification de Nayrand, qui les divise de la façon suivante :

1° Adénite syphilitique, ou bubon syphilitique indolent ; adénopathie multiple, consécutive au chancre syphilitique primitif et affectant les ganglions les plus voisins du chancre, ou bien concomitante de la syphilis secondaire et siégeant alors sur des régions plus ou moins éloignées du chancre ;

2° Adénite inflammatoire
- A. Essentielle — bubon idiopathique, bubon d'emblée.
- B. Symptomatique
  - *a.* d'une lésion simple.
  - *b.* d'un accident vénérien (chancre simple, blennorrhagie, ch. induré), b. sympathique ;

3° Adénite chancreuse, ou bubon chancreux proprement dit, bubon virulent, bubon d'absorption, toujours consécutif au chancre simple.

Ainsi trois sortes de bubons :

1° Le bubon syphilitique, mieux nommé par M. Fournier adénopathie syphilitique, à pronostic général grave, puisqu'il indique l'infection de l'économie par le virus spécifique, et qu'elle est un des premiers stades de

l'évolution de la vérole; à pronostic local très léger, puisqu'elle ne suppure à peu près jamais, et qu'elle disparaît sous l'influence du traitement général.

2° Le bubon inflammatoire. Ici le pronostic général est mis de côté; la lésion est toute locale, de nature vulgaire; c'est une inflammation *commune* qui peut reconnaître pour cause un chancre syphilitique ou un chancre mou; mais cette origine ne changera en rien sa nature d'inflammation *simple*, sauf inoculation de la plaie par le pus chancreux, après l'ouverture de l'abcès. Celui-ci est simple comme s'il avait pour cause une écorchure, une lymphangite simple ou un furoncle. La résolution est possible; on peut même obtenir, rarement il est vrai, la résorption après que la suppuration s'est produite; enfin la guérison est rapide quand l'abcès s'est vidé.

3° Mais ce n'est pas de ces bubons que nous voulons nous occuper dans ce travail : c'est de l'adénite chancreuse, appelée aussi bubon *chancreux,* bubon *d'absorption,* bubon *virulent*. Tandis que le bubon syphilitique dépend de l'absorption du virus spécifique, et que le bubon sympathique provient d'une irritation inflammatoire des vaisseaux lymphatiques se propageant aux ganglions, le bubon chancreux, lui, n'est qu'un chancre ganglionnaire : il trouve sa raison d'être dans l'absorption du virus chancreux par les bouches lymphatiques ulcérées, et son transport direct dans le ganglion le plus proche.

« *Spécificité chancreuse,* dit M. Fournier, tel est le caractère essentiel de ce bubon. Ce caractère est réel, incontestable. Il ressort à la fois de l'examen clinique et des résultats fournis par l'inoculation.

« La clinique nous montre, en effet, la plaie consécutive à l'ouverture de ce bubon revêtant l'aspect et la forme d'un *chancre*.

« L'expérimentation, d'autre part, nous apprend que le pus sécrété par cette plaie reproduit par inoculation un accident spécial qui est le *chancre simple*.

« De plus, et cela n'est pas moins important à spécifier, cette espèce de bubon *appartient en propre et exclusivement au chancre simple*.

« On ne l'observe jamais ni avec le chancre infectant, ni avec la blennorrhagie, ni avec aucune autre affection soit vénérienne, soit d'autre nature. »

Ces caractères militent donc en faveur de l'absorption qu'ils font supposer à bon droit; et l'on arrive à une quasi-certitude, si l'on songe que souvent on constate des plaies chancreuses sur le trajet des lymphatiques qui du chancre se rendent aux ganglions. « Dans les cas de cette nature, dit encore M. Fournier, on a la piste, pour ainsi dire, du pus chancreux, et le témoignage de sa migration dans le système absorbant. »

Étant donné les conditions pathogéniques du bubon chancreux, il est facile de prévoir qu'il sera *fatalement suppuré*, puisqu'il n'existera qu'à la condition du transport direct du pus chancreux dans le tissu même du ganglion.

La spécificité de ce pus sera un obstacle à la résorption; son élimination sera indispensable, et cette suppuration *nécessaire* nous conduira fatalement encore à l'ouverture du bubon.

Arrivé à cette période, le bubon aura la même évolution que le chancre mou : périodes d'augment, d'état

et de réparation. Celle-ci est annoncée par ce fait que le pus n'est plus inoculable, il a perdu sa virulence.

C'est le signe de la guérison prochaine, qui se produit tantôt en quelques jours, tantôt, ce qui est beaucoup plus fréquent, dans un temps fort long. Elle laisse à sa suite des cicatrices indélébiles, parfois très petites, mais le plus souvent irrégulières et digracieuses toutes les fois que l'art n'intervient pas, et même souvent malgré une intervention active.

La durée de bubon dépend souvent des complications qui viennent entraver le mal dans sa marche.

Il ne faut pas oublier que le bubon chancreux est une adénite. Donc, si sa nature chancreuse l'expose à des complications, il ne sera pas exempt pour cela de celles propres aux adénites.

Ces complications seront : d'abord, d'une péri-adénite de nature vulgaire, dont Ricord a démontré expérimentalement la nature en inoculant successivement le pus extra et intra-ganglionnaire ; puis les accidents inflammatoires, les décollements de la peau, l'érysipèle, le phlegmon, les fistules persistantes, etc. La plus terrible de ces complications, c'est le phagédénisme.

Le phagédénisme n'est pas propre aux ulcérations vénériennes. Il est constitué par une tendance à l'envahissement, à l'augment que prend une plaie sous des influences peu connues et discutables.

Les scrofulides peuvent devenir phagédéniques.

Les syphilides secondaires et tertiaires peuvent revêtir cette forme comme le chancre mou et le bubon ulcéré.

Lorsqu'il atteint le chancre mou ou le bubon, le phagédénisme affecte, suivant les cas, une marche différente.

Il est dit *serpigineux* ou *extensif,* lorsqu'il détruit en surface; on l'appelle *térébrant,* lorsqu'il creuse en profondeur, érodant tous les tissus, ouvrant parfois des vaisseaux considérables.

Aron a cité l'ouverture de la veine *fémorale* par une ulcération de ce genre; il s'ensuivit une hémorrhagie mortelle.

Notre excellent maître, M. Fontagnères, a été témoin d'un fait analogue. En 1870, il a vu, à la prison Saint-Michel de Toulouse, alors transformée en hôpital, un militaire chez lequel l'*artère* fémorale fut ouverte; inutile d'ajouter que le malade fut emporté. Voilà pour sa marche.

On dit qu'il est inflammatoire s'il y a des phénomènes d'une réaction intense; diphthéroïde, lorsque le chancre est recouvert d'un enduit pultacé abondant; il est gangréneux enfin, s'il produit une mortification en masse, au lieu d'envahir successivement les tissus.

Les causes sont, disions-nous, incertaines. On a voulu que la nature du virus eût une influence sur sa production. Cette assertion tombe devant les faits. Le chancre phagédénique naît, le plus souvent, d'un chancre ordinaire, et réciproquement.

Ce qui est le plus probable, c'est que l'état général a une grande influence sur sa production. On voit quelquefois toutes les ulcérations devenir phagédéniques chez certains individus, principalement chez les cachectiques et les vieillards. Cependant, n'oublions pas que le phagédénisme peut se développer dans des conditions tout à fait opposées. (Obs. III et XIII.)

Quant aux causes locales, elles sont nombreuses et efficaces. Toute irritation, telle que pansements mal

faits, application de corps gras, de linge grossier, le siège du mal sur le limbe du prépuce ou sous un phimosis, sont autant de conditions favorables pour sa production. Les pommades mercurielles sont nuisibles au premier chef; il en est de même des sels mercuriels en poudre (calomel, etc.). Obs. XIII.

TRAITEMENTS

PRÉCONISÉS

CONTRE LE BUBON CHANCREUX

Avant de commencer cette revue, disons tout de suite que nous ne parlerons que pour mémoire du traitement général (mercuriel ou autre) administré contre le bubon virulent : Swédiaur et Hunter, convaincus que le mercure seul guérit la vérole, et persuadés aussi que toute ulcération vénérienne est syphilitique, traitaient le chancre mou et le bubon consécutif par l'hydrargyre.

Il nous faut arriver jusqu'à l'école de Ricord, surtout aux publications de ses élèves et aux derniers ouvrages du maître, pour que la dualité des virus soit proclamée et qu'un traitement rationnel soit dirigé contre deux affections aussi différentes que la vérole et le chancre mou. Telle confusion n'existait pas au moment où la syphilis fit son apparition, et les médecins, témoins de son invasion, savaient très bien distinguer la vérole des ulcères virulents simples.

Ce fut Nicolas Massa (1552) qui, un des premiers, fit

la confusion et ne contribua pas peu à amener cette période de doute dont le génie de Ricord put seul nous faire sortir.

Traitement prophylactique. — Il est fort difficile de prévenir le bubon chancreux. On ne sait pas dans quelles conditions se produit l'absorption du virus. M. Ricord a dit : « S'il est des bubons dont ces simples moyens (hygiène et repos) suffisent à prévenir la production, il en est d'autres, en revanche, devant lesquels l'art reste impuissant. Tels sont les *bubons dits d'absorption,* qui se développent indépendamment de toute cause d'irritation et par le seul exercice d'une fonction physiologique (l'absorption et la circulation lymphatiques), que nous ne pouvons évidemment suspendre. Contre cette variété spéciale, nous n'avons qu'un moyen prophylactique, c'est de tarir le plus hâtivement possible la source du pus virulent en détruisant le chancre par la cautérisation. »

Nous ne citerons pas MM. Rollet et Fournier qui arrivent aux mêmes conclusions.

M. Diday, accordant une grande importance à l'absorption lymphatique, conseille d'éviter toute manœuvre capable de déchirer la surface de la plaie, et d'ouvrir ainsi la porte au virus. Il conseille même, pour supprimer l'absorption et la circulation lymphatiques, de faire la section sous-cutanée des vaisseaux absorbants entre le chancre et les ganglions.

Malheureusement, c'est là une opération « impraticable; elle ne doit pas franchir le domaine de la théorie. »

Comment couper *tous* les lymphatiques? De quel côté

faut-il les couper? Faut-il soumettre à cette opération tous les porteurs de chancres mous? Autant de questions auxquelles on ne peut répondre d'une façon satisfaisante.

Aussi préférons-nous détruire la lésion primitive; mais nous en avons rarement l'occasion. Le fait s'explique bien facilement. Le bubon se montre à la suite de chancres superficiels, que le malade néglige, plutôt qu'à la suite de chancres profonds. Il vient nous voir à cause de son bubon, et, si l'on ne recherche pas la lésion primitive, le malade oublie le plus souvent d'en parler.

Lorsqu'il se trouve en présence de chancres mous, M. Aubert (de Lyon) les cautérise profondément avec le fer rouge. Voici son procédé décrit par M. Parisot, interne des hôpitaux de Lyon, dans une lettre qu'il nous écrivait récemment (Nous remercions ici notre ami de son bienveillant empressement à nous être agréable) : « S'agit-il de chancres sous phimosis? M. Aubert fait plusieurs petites incisions sur le prépuce et découvre le gland. Les chancres du prépuce et du gland sont cautérisés avec le fer rouge; *tout est lavé avec le plus grand soin.* On excise sur le prépuce toutes les parties cautérisées et on fait la réunion. Les bords de la circoncision suturés ne se réinoculent pas, et le malade se trouve guéri en peu de jours. Dans toutes ses observations, il n'y a aucun cas de bubon. »

C'était à prévoir, et c'est à ces soins *minutieux* de propreté, à la cautérisation *profonde* des chancres, à leur destruction *complète* que M. Aubert doit ses succès.

Nous pratiquons aussi la destruction des chancres; mais pour l'opérer, au fer rouge nous préférons le chlorure de zinc en pâte, suivant le procédé de MM. Di-

day et Rollet. S'il y a phimosis, nous nous servons d'un procédé analogue à celui de M. Aubert. Nous faisons la circoncision avec la pince de Ricord : nous ne plaçons pas d'aiguilles et nous remplaçons le bistouri par le thermocautère. Après la section du prépuce, nous découvrons le gland, et le tout est lavé *très exactement* avec une solution phéniquée. Alors nous cautérisons les chancres devenus ainsi très accessibles.

Ce procédé appartient à M. Fontagnères, chirurgien en chef à l'Hôtel-Dieu de Toulouse; il peut avoir été déjà pratiqué, mais nous n'en avons vu la description nulle part.

L'opération est simple et rapide.

Traitements résolutif et abortif. — On peut appliquer tous les résolutifs connus sur un bubon chancreux, rien ne l'empêche de suppurer. Le pus virulent qui a été transporté au centre du ganglion doit être éliminé; la suppuration est *fatale*, l'ouverture de l'abcès *nécessaire*.

Les cataplasmes, les emplâtres de Vigo, de ciguë; les pommades mercurielles, iodurées; l'application de glace, etc., ne peuvent la prévenir. Ces médications, très utiles contre le bubon inflammatoire, ne peuvent rien sur le bubon chancreux. Il faut repousser de même les vomitifs, la saignée et les sangsues. Toutefois, ces moyens peuvent être employés; car on ne sait jamais si l'on aura affaire à un bubon virulent: mais il faut bien connaître leur valeur, et être bien certain que si le bubon ne suppure pas, c'est qu'il était simple.

J. Roux, Marchal (de Calvi), etc., ont injecté de la teinture d'iode; Wertheim (de Vienne), du chlorhydrate de morphine, du camphre et du sulfate de cuivre

pour neutraliser le virus. C'est un but excellent; malheureusement on ne peut l'atteindre par ces moyens.

Velpeau et Alph. Guérin ont eu recours aux révulsifs. Les vésicatoires volants, employés par ces auteurs, peuvent exercer une action énergique sur les bubons simples, mais ils sont incapables de prévenir l'ouverture d'un bubon virulent. Nous en dirons autant du procédé de M. Sirus-Pirondi (de Marseille), qui se sert de teinture d'iode appliquée sur le derme dénudé par un vésicatoire, et de celui de Malapert qui, au lieu de teinture d'iode, applique une solution de bichlorure de mercure. Vanté d'abord par M. Ricord, ce dernier traitement fut ensuite abandonné par lui.

La compression, pas plus que les traitements précédents, ne peut arrêter l'évolution d'un bubon chancreux. Sergeant et Fergusson l'ont employée les premiers; récemment, M. Gavoy, médecin de l'hôpital du Dey (Alger), en a fait le spécifique du bubon. M. Gavoy ne distingue pas le bubon virulent du bubon simple. Aussi, en acceptant ses conclusions pour le traitement du second, nous les repoussons absolument pour ce qui est du premier.

Le traitement de Broca mérite de nous arrêter un instant. Partant de cette idée que la suppuration est inévitable et la résolution impossible, Broca, par une incision, ouvre la porte au pus avant sa formation. Alors, par des pressions énergiques, en s'aidant de la sonde cannelée, il fait sortir une gouttelette de pus qui existe *toujours*. Cette manœuvre, *très douloureuse*, est répétée tous les matins, jusqu'à ce que le bubon est guéri, ou que la plaie est devenue fistuleuse.

M. Rollet s'est bien trouvé du procédé; il fait l'ouver-

ture avec la pâte de Vienne. M. Mauriac le vante aussi.

Comme M. Fournier, nous reprochons à ce procédé d'être très douloureux et souvent inutile. Broca reconnaît lui-même que ses malades poussaient de « véritables hurlements » ; il est inutile dans nombre de cas, puisque tout bubon se montrant dans le cours d'un chancre mou n'est pas virulent, et que, dans la moitié des cas, ces bubons, étant simples, peuvent guérir par les antiphlogistiques. Si l'ouverture se fait, la guérison est rapide. On peut donc épargner à ces malades ce pénible traitement ; il faut pour cela attendre que la fluctuation se montre, et alors ouvrir aussitôt une voie au pus (Fournier), puisque l'on ne peut savoir d'avance si le bubon sera simple ou virulent.

Reconnaissant que l'évacuation du pus est inévitable, on a voulu ménager une ouverture aussi petite que possible.

Blanche (de Rouen), Aubry, Vidal (de Cassis) conseillent les incisions petites et multiples ; M. Bonnafont, Alquier (de Montpellier) et Dieffenbach appliquent un séton filiforme ; Milton fait une ponction avec une aiguille en fer de lance ; Tumoritz aspire le pus en se servant d'un trocart. Tous ces traitements ont des inconvénients. Ils n'ouvrent pas une voie suffisante au pus, d'où décollements, etc., et aucun ne met à l'abri de l'inoculation de la plaie. Ce qui fait que le chancre ganglionnaire est bel et bien constitué.

Aussi, nous préférons l'incision franche faite avec le bistouri. Celui-ci a l'avantage de la simplicité et de la précision, et il ouvre une voie suffisante à la suppuration. Il ne met pas à l'abri de l'inoculation ; mais on peut agir ensuite sur le nouveau chancre.

Antiseptiques. — Arrivé à cette période où le bubon ouvert n'est autre chose qu'un chancre, nous ne le traiterons pas autrement que celui-ci. Aussi nous rejetterons la pratique de Hunter qui, pour prévenir la vérole, laissait écouler la matière vénérienne avec la suppuration du bubon.

Aujourd'hui, tout le monde admet que nous sommes en présence d'une lésion locale, qu'il y a urgence de guérir le plus rapidement possible, pour prévenir les complications et la gêne que le bubon cause par sa présence.

On a employé contre lui tous les pansements préconisés contre le chancre simple. On a dû parfois en modifier l'emploi pour les adapter à la région où siège le mal ; mais faire une revue de ces modes de pansements, c'est revoir en même temps les remèdes employés contre le chancre mou.

Sa nature virulente a fait appliquer au bubon tous les antiseptiques que nous a révélés la chimie, et que les théories nouvelles ont introduits dans la thérapeutique. L'acide phénique, en première ligne, qui n'a pas tenu tout ce qu'il promettait d'abord : quoique ce remède rende dans la maladie qui nous occupe des services signalés, il n'a pas une puissance suffisante pour nous dispenser d'avoir recours à d'autres agents dont l'action est plus sûre. Toutefois, il y aurait injustice à le rejeter, en même temps que nous nous priverions d'un auxiliaire précieux.

Après lui, une foule d'autres agents désinfectants sont venus envahir la thérapeutique du bubon. Les acides borique et salicylique n'ont pas eu une meilleure fortune que l'acide phénique.

Sans vouloir ici faire le procès des agents désinfectants, et tout en reconnaissant les services immenses qu'ils rendent journellement à l'hygiène publique et à la chirurgie, nous nous permettrons de répéter une réflexion qui a déjà maintes fois été faite; c'est que les soins minutieux que l'on prend dans les pansements antiseptiques, et la propreté dont on environne forcément les malades, sont pour beaucoup dans les bons effets que l'on retire de leur emploi. Cette raison s'applique tout spécialement aux ulcères chancreux; car aucun de ces agents n'est capable de détruire leur virulence.

Mais parlons un peu de l'iodoforme.

Cette substance qui a un passé bien court, l'a cependant bien rempli. Introduit dans la thérapeutique par Bouchardat en 1836, employé en teinture éthérée contre les arthrites fongueuses par Gubler (1855), en application en poudre contre les ulcères cancéreux par Demarquay (1867), l'iodoforme l'est aujourd'hui contre les tumeurs blanches en injections intra-articulaires; il ne pouvait manquer de l'être dans les ulcères chancreux; on l'a même employé en pommade contre l'orchite blennorrhagique. Au reste, son emploi est très rationnel : ses propriétés antiseptiques et anesthésiques devaient faire espérer de bons résultats. Aussi d'Amico annonça en 1870 qu'il en avait retiré d'excellents effets dans le traitement des bubons.

Malgré les brillants résultats annoncés, nous n'acceptons pas complètement tout ce qu'on a dit sur son compte. Et sans nier qu'il puisse rendre des services, nous le regardons seulement comme un topique n'ayant que peu d'action sur la nature ou la marche des ulcè-

res virulents ; s'il exerce quelque influence, il est très inconstant.

Nous l'avons vu ne produire que peu d'action sur les chancres ; sur les bubons, elle a été nulle. Nos observations en font foi. Toutes les fois que ces ulcérations se sont compliquées de tendance à l'envahissement, non seulement il a été incapable de modérer la marche du mal, mais il n'a pas pu calmer les douleurs vives provoquées par celui-ci. On pourra voir plus loin les observations qui viennent à l'appui de nos paroles et nous ont inspiré ces réflexions. L'observation XII en particulier est très concluante. Les observations VIII et XIII avaient rapport à des chancres presque phagédéniques. Quant à l'observation IV, c'est d'un bubon qu'il s'agissait : elle nous montre l'impuissance de l'iodoforme et du fer rouge.

Dans d'autres circonstances pourtant, des chancres ont guéri vite avec ce pansement, mais il s'agissait de chancres petits à la période de guérison ; ils auraient peut-être guéri avec tout autre pansement. Acceptons donc que, très utile parfois, il est souvent infidèle. C'est la conclusion de M. Fournier.

Le vin aromatique est un excellent topique, mais il n'a aucune action pour abréger la durée du mal. On peut en dire autant des cathérétiques. Nous désignons ainsi les solutions caustiques plus ou moins concentrées avec lesquelles on fait des injections dans la cavité du bubon ouvert. On a employé la teinture d'iode (Broca), le nitrate d'argent (Fournier, Diday), le chlorure de zinc (Rollet et Mauriac), le sulfate de zinc (Aubert et Gailleton, de Lyon).

Tous ces agents cautérisent superficiellement la plaie

et en détruisent momentanément la virulence. Mais quand l'eschare se détache, la suppuration reprend sa nature primitive, à cause de la zone virulente qui existe au-dessous de l'ulcère.

Cautérisation destructive. — La cautérisation destructive est à notre avis la seule opération efficace dans le traitement du bubon : soit qu'on la pratique sur le chancre pour prévenir l'inoculation ganglionnaire, soit que, appelé trop tard ou ayant été dans l'impossibilité d'agir sur l'accident primitif, le médecin ne puisse traiter qu'un bubon développé.

Mais parmi les auteurs, très peu osent ou veulent faire cette cautérisation. Aussi nous allons voir d'abord ce qu'ils font contre le chancre ; la nature de l'affection étant la même, cette apparente digression n'est pas inutile.

La destruction des ulcères virulents a été préconisée par Hunter dans le but de prévenir la vérole : il réussissait ainsi souvent, toutes les fois qu'il s'agissait d'un chancre mou. M. Ricord lui-même la pratiquait au début de sa carrière dans la même intention. Voilà pourquoi il ne cautérisait plus cinq jours après le début du chancre. Cependant déjà, en 1826, Richond de Brus avait cautérisé des chancres mous pour en détruire la virulence, et dans ce seul but : il avait remarqué qu'il fallait cautériser *profondément*, sous peine d'augmenter le mal au lieu d'y avoir appliqué un remède efficace.

Plus tard, M. Ricord, admettant la dualité des virus, a, dans ses *Leçons sur le chancre*, enseigné qu'il faut cautériser le chancre mou, et il a posé les règles de

cette opération. Aujourd'hui, tout le monde l'admet, mais peu de chirurgiens la pratiquent.

Hunter se servait du fer rouge, ainsi que Richond de Brus.

Ricord modifia, pour cet usage, le caustique sulfo-safrané de Velpeau, et en remplaçant le safran par du charbon en poudre obtint un caustique aussi énergique et plus facile à conserver. M. Diday inaugura l'emploi de la pâte de Canquoin; déjà on s'était servi de la pâte de Vienne et de la potasse caustique.

M. Doyon, dans une note aux *Maladies de la peau* d'Hébra (de Vienne), parle de l'emploi du nitrate d'argent. Il en considère l'usage comme possible; mais l'application est difficile à cause de la lenteur de son action.

Dans cette même note, M. Doyon rappelle qu'à M. Diday revient l'honneur d'avoir, le premier, appliqué le chlorure de zinc à la destruction du chancre mou. M. Debauge, dans sa thèse, l'attribue à M. Rollet. M. Diday réclame pour lui cette initiative, dans l'article Chancrelle de sa *Thérapeutique des maladies vénériennes*. Il a posé dans le même article les règles de son application contre le chancre; mais un peu plus loin, il dit l'avoir employé une fois contre le bubon, et il jure de ne jamais l'employer à l'avenir. Pourquoi? Aux caustiques, il préfère des injections avec une solution de nitrate d'argent au 30e; sous cette influence, le bubon se déterge et guérit rapidement.

En somme, peu parlent des caustiques dans le traitement du bubon, ou bien c'est pour les repousser (Diday). Seul, M. Rollet les a appliqués; les autres n'en parlent pas, ou les repoussent sur la parole de leurs devanciers.

Ils ne s'en servent que dans le cas d'ulcération pha-

gédénique, et, dans ce cas, c'est comme ultime ressource, car alors leur application est difficile.

Le phagédénisme peut dépendre de diverses causes, dont la plupart proviennent de l'état général. Celui-ci sera, dans le traitement, la source d'indications nombreuses qu'il ne faudra jamais négliger, scrofule, syphilis, pléthore ou anémie.

Tout en remplissant très bien ces indications, on se verrait débordé par le mal, si l'on n'avait le soin de faire un traitement local énergique.

Ce traitement local peut quelquefois consister en applications d'iodoforme, de topiques divers, ou bien nécessiter la cautérisation énergique.

Le tartrate ferrico-potassique a été regardé par M. Ricord comme « le spécifique » du phagédénisme; il le conseillait à la dose de 3 cuillerées par jour d'une solution à 30 p. 200, et un pansement avec de la charpie imbibée de la même solution. M. Fournier n'accepte pas cette spécificité, et avec raison. Ni le tartrate ferrico-potassique, ni le perchlorure de fer ne peuvent rien contre le phagédénisme.

M. Rollet a vanté le fer rouge, que nous avons vu échouer, tandis que cet auteur le regarde comme infaillible.

M. Fournier se défie du fer rouge, et lui préfère l'emploi d'un caustique potentiel; il donne le choix à la pâte de Vienne.

M. Hutchinson conseille contre le phagédénisme l'immersion prolongée pendant huit ou dix jours; pour cette immersion, il faut que le malade reste dans l'eau jour et nuit, au moins, dans un bain de siège. Si ce traitement n'est pas applicable, il cautérise; il le fait avec

l'acide nitrique. La plupart du temps, une séance lui suffit ; jamais il n'en faut plus de trois.

Nous croyons que la cautérisation *seule* peut trancher le nœud. Au reste, nous ne saurions mieux faire que de citer M. Fournier : « Si l'ulcération menace d'envahir les parties voisines, si surtout elle manifeste la moindre tendance au phagédénisme, l'indication des caustiques devient aussi formelle que pressante. Quelque difficile, quelque douloureuse que puisse être leur application, il n'est pas à hésiter ; toute demi-mesure, toute temporisation est une faute grave qui permet au mal d'étendre ses ravages et de créer des complications redoutables.

« C'est ici surtout que la cautérisation doit être employée dans toute sa rigueur. Les caustiques légers, superficiels, seront rejetés comme insuffisants ; c'est aux caustiques *profonds* et réellement *destructeurs* qu'il faut s'adresser pour avoir raison de la virulence. »

Malheureusement, nous verrons plus loin que la cautérisation sera souvent très difficile, parfois même impossible dans ce cas, soit à cause du siège du mal, soit à cause de son étendue, soit aussi parce que des organes importants risqueraient d'être atteints par le caustique. — Ces contre-indications seront cependant moins nombreuses dans les cas de bubon dont nous nous occupons spécialement, que lorsqu'il s'agira de phagédénisme survenant dans le cours de la syphilis.

M. Marc Sée, dans une communication à la Société de chirurgie sur le *Traitement des ulcères virulents,* disait ceci : « Par ulcères virulents, j'entends parler des chancres du prépuce et du gland, des chancres qui résultent de l'ouverture d'un bubon chancreux et des

ulcères phagédéniques. On peut dire, d'une manière générale, que la guérison de ces ulcères est toujours très longue. La durée du traitement se compte toujours par des mois, et même les ulcères phagédéniques peuvent durer des années. Il y a un traitement qui donne des résultats infiniment plus prompts, plus certains et plus avantageux que ceux que l'on emploie habituellement. Ce traitement consiste à enlever avec une curette tranchante toute la matière pulpeuse qui se trouve à la surface de l'ulcère.....

« Mais ce n'est pas tout : lorsque je suis bien sûr d'avoir enlevé tout le mal, je cautérise encore avec le thermocautère toute la surface de l'ulcère.

« La cicatrisation se fait ensuite dans l'espace de quinze jours à trois semaines, comme dans le cas d'une plaie simple. »

Ce but, que M. Sée recherche par une opération longue et douloureuse, si *douloureuse* qu'il est obligé de chloroformiser son malade, nous l'obtenons tout aussi bien avec le chlorure de zinc, employé de la manière que nous allons décrire dans le chapitre suivant.

APPLICATION DU CAUSTIQUE

Avant de comparer le caustique que nous avons choisi à ceux employés, il est utile de faire connaître la manière dont nous nous en sommes servi.

Le chlorure de zinc est un sel blanc, déliquescent, que l'on peut employer soit en solution, soit en pâte; sous cette dernière forme, qui nous a paru plus efficace, il constitue la pâte de Canquoin.

Tout le monde connaît la manière dont on la prépare. Par le mélange de 1 partie de chlorure de zinc avec 2, 3 ou 4 parties de farine de froment, on a des pâtes plus ou moins énergiques; on les désigne par les nos 1, 2 et 3. Nous nous sommes toujours servi de la pâte formée de 1 de sel de zinc pour 3 de farine, c'est-à-dire de la pâte no 2.

Pour l'obtenir, on mélange le sel et la farine dans les proportions indiquées; on humecte le tout avec de l'eau ou de l'alcool, puis on l'étend en galette molle, d'épaisseur variable. Séché convenablement, ce mélange forme une masse consistante se laissant couper facilement avec les ciseaux; elle se conserve indéfiniment, à la condition de la préserver de l'humidité.

Son application est très facile. Nous la pratiquons de la façon suivante :

L'abcès ouvert, il peut se présenter deux cas :

1° Ou le bubon est à son début, et nous avons pu

pratiquer l'incision, que M. Fournier appelle *hâtive*, aussitôt que la suppuration s'est montrée ;

2° Ou bien, au contraire, le bubon est largement suppuré. Nous incisons encore pour donner une issue au pus. Dans un cas comme dans l'autre, nous attendons deux jours pour voir quelle est la nature du bubon. S'il est simple, nous le laissons se cicatriser sous l'influence de pansements avec une solution phéniquée au 100me et en évitant son inoculation directe par le chancre,

Si le pus est séreux, s'il survient de la douleur, si les lèvres de la plaie s'ulcèrent et prennent un aspect douteux, nous intervenons immédiatement, sauf contre-indication formelle.

Nous introduisons un stylet dans l'abcès, et nous recherchons l'étendue du décollement à droite et à gauche ; après avoir, pour ainsi dire, levé le plan de l'abcès, nous taillons dans la pâte un morceau qui, par ses dimensions et sa forme, s'adapte à la cavité du bubon. Son épaisseur est de 1 $^1/_2$ à 2 millimètres.

L'introduction en est facile : on agrandit l'orifice s'il le faut ; puis, s'il reste quelque coin éloigné que la pâte n'atteint pas, on y applique un morceau séparé. Cette manœuvre est peu douloureuse pour le malade et facile pour l'opérateur.

On peut appliquer la pâte soit avec une pince, soit avec les doigts, en ayant le soin de la faire entrer sans trop irriter les bords de la plaie.

Le pansement ultérieur consiste à mettre de la charpie sèche jusqu'à la chute de l'eschare.

Une fois introduite, la pâte se gonfle en s'imbibant des liquides qui la baignent : elle se ramollit et s'adapte ainsi très exactement à la forme de la cavité, allant

atteindre tous les clapiers. Elle vient même parfois faire hernie à travers l'orifice primitif. Nous avons le soin de laver très exactement la région avec une solution phéniquée, afin de ne laisser, soit sur la peau, soit sur les poils, aucune parcelle de pus virulent qui aurait pu y être déposé.

Aussitôt une douleur vive, mais cependant très supportable, se déclare dans le bubon. Elle dure de 2 à 6 ou même 8 heures. Il est juste de dire qu'elle n'est pas aussi intense qu'on le croit généralement ; nos malades l'ont toujours bien supportée.

Deux heures après, l'orifice primitif est entouré par une couronne d'un gris sale, qui augmente légèrement jusqu'au lendemain. A ce moment, elle a de 3 à 4 millimètres d'épaisseur. Elle fixe la limite de l'eschare.

Autour d'elle se développe une auréole d'un rouge intense, déjà très prononcée 24 heures après. A ce moment, toute la région est rouge, chaude et douloureuse.

Deux jours après, cette cautérisation provoque une inflammation assez vive pour faire élever les parties voisines au-dessus du niveau de l'eschare.

Le troisième jour, cette inflammation tombe. Aujourd'hui, c'est la partie mortifiée qui fait saillie au-dessus des parties voisines. L'inflammation vive qui existait dans une zone très étendue avant la cautérisation a elle-même disparu. Si l'on exerce une pression ménagée sur l'eschare, on peut souvent faire sourdre sur ses côtés quelques gouttes de pus.

Vers le 5 ou 6e jour, l'eschare tombe. Cette élimination peut se faire le 3e jour au plus tôt et le 8e au plus tard. Dans la plupart des cas, nous l'avons vu se produire le 5e jour.

Nous insistons sur ce point. La chute de l'eschare est fixée au 12e jour en moyennne par la plupart des auteurs. D'autres la mettent au 9e.

Leurs conclusions ont probablement rapport à la cautérisation de grosses tumeurs; car l'observation de M. Lanelongue et les nôtres ne laissent aucun doute dans notre esprit. L'eschare qui se détache est sèche, imputrescible; elle est momifiée. C'est un fait reconnu depuis fort longtemps. L'épaisseur des parties mortifiées varie avec la puissance de la pâte.

La plaie qui reste après cette élimination est déjà en voie de cicatrisation. Elle est rosée, couverte de bourgeons charnus de très bel aspect; ses bords présentent un liseré grisâtre caractéristique.

Elle est toujours d'une régularité parfaite. Son fond est concave. Les bords sont unis, et quoique la plaie soit de forme ovale, ces bords, en se réunissant, donnent lieu à une cicatrice linéaire.

Suites. — En 24 heures, le fond de la plaie, un peu sanieux et grisâtre, se nettoie, et en 2 jours le fond s'élève considérablement. Pendant ce temps, les bords s'abaissent, et en 5 jours le fond est à niveau des parties voisines. Si la peau a été conservée en partie, ce que nous recherchons toujours, elle se recolle rapidement.

En même temps, plus par la rétraction de la peau que par le progrès de la cicatrisation, la plaie diminue rapidement d'étendue. En 15 à 18 jours en moyenne, la guérison est complète.

Au reste, nous avons souvent remarqué que si l'eschare tombe tardivement, le temps que met ensuite la

plaie à se cicatriser est plus court que si la chute de l'eschare a été précoce. On dirait que la cicatrisation se fait sous l'eschare et avant sa chute, de sorte que le temps écoulé entre l'application du caustique et la guérison est toujours à peu près le même : 20 à 25 jours en moyenne.

Cette description est tirée des observations que l'on pourra lire plus loin.

Nous avons toujours très exactement lavé le bubon et les parties voisines ; après l'application du caustique, nous nous sommes contenté d'appliquer de la charpie sèche. Rarement nous avons donné une potion calmante pour la douleur.

Après la chute de l'eschare, le pansement a uniquement consisté en soins de propreté ou en application, renouvelée deux fois par jour, de charpie imbibée d'une solution phéniquée au 100e. Ce pansement a toujours suffi pour amener une guérison rapide. C'est en procédant ainsi que nous n'avons pas eu un seul insuccès, toutes les fois que nous avons cautérisé des bubons.

Pour ce qui est des chancres, nous avons beaucoup moins de cautérisations. La manière d'appliquer le caustique a été décrite par M. Diday et Rollet. Ces auteurs fixent à deux heures le temps pendant lequel il faut laisser le caustique en présence de *toute* la surface virulente. C'est pour ne pas avoir suivi ces règles que nous avons échoué une fois dans cette opération. Nous n'insisterons que sur la cautérisation du bubon.

DU CHOIX DU CAUSTIQUE

Afin de choisir parmi les caustiques celui qui nous convient, il est nécessaire de faire connaître en deux mots les avantages et les inconvénients de chacun d'eux.

On s'est servi de la pâte de Vienne, de la potasse caustique, du caustique Filhos, des acides sulfurique et azotique, du fer rouge et du chlorure de zinc, que l'on peut employer en pâte ou en solution.

En solution, le chlorure de zinc a été employé contre le chancre mou par M. Diday, qui n'a pas eu à s'en louer. Rollet, lui aussi, a rejeté la solution et l'a remplacée par la pâte. M. Mauriac, à Paris, prétend en obtenir de bons effets.

Cependant, M. Parisot nous affirme avoir vu, à Lyon, ce remède ne produire aucun effet sensible; et nous-même, nous n'avons obtenu aucun résultat favorable de son emploi. Aussi nous servons-nous exclusivement de la pâte.

Tous les auteurs reconnaissent à cette pâte des propriétés qui en font le plus précieux des caustiques connus.

Comme tous les caustiques solidifiants, elle met à l'abri des hémorrhagies; et comme les caustiques en général, elle préserve de la lymphangite, de l'érysipèle, etc. Ces qualités, elle les possède plus que tous les autres caustiques, au dire de M. Maisonneuve; Philip-

peaux, la regarde comme un puissant, le plus puissant hémostatique; Bonnet a guéri un anévrysme avec ce caustique, qu'il déclare incapable de produire une phlébite. Gosselin, qui est pourtant si difficile, le préfère au bistouri dans l'extirpation des tumeurs du sein, quand la peau doit être sacrifiée; il prévient ainsi, autant que possible, l'invasion de l'érysipèle. On l'a opposé, avec succès, à la pourriture d'hôpital. Avec cela, une action sûre, une puissance considérable; il cautérise profondément, infiltrant les tissus se combinant à eux, coagulant l'albumine et la rendant impropre à la fermentation. L'eschare qu'il produit est sèche.

Il est facile à préparer et à conserver; on peut toujours l'avoir sous la main.

On a cependant fait à son emploi des objections que nous verrons tout à l'heure et que nous tâcherons de détruire.

Parlons des autres caustiques.

La pâte de Vienne, mélange de 50 parties de potasse et de 60 parties de chaux, est un caustique alcalin, comme la potasse caustique pure; nous rejetons ces caustiques tout de suite, parce que leur introduction dans le bubon est presque impossible. Au reste, l'eschare qu'ils produisent est molle, et ils sont exposés à fuser. Pour les mêmes raisons, nous rejetons le caustique Filhos, quoique solide.

M. Fournier préfère la pâte de Vienne, mais il ne pratique la cautérisation qu'à ciel ouvert; jamais il ne pratique, comme nous, la cautérisation interstitielle.

L'acide sulfurique est le caustique de Ricord : mélangé avec une quantité suffisante de poudre de charbon, il forme un caustique très énergique, mais il est très dou-

loureux. Il est même si douloureux que ce maître n'hésite pas à chloroformiser son malade, pour si peu que l'opération soit étendue.

On a dit, pour expliquer cette douleur, que les nerfs étaient détruits lentement par l'acide sulfurique, et que, étant irrités par son contact, ils produisaient cette douleur si vive. Quoi qu'il en soit, c'est une raison pour lui préférer le canquoin, dont l'application est moins douloureuse qu'on ne l'a dit. Un autre motif, c'est que le caustique de Ricord est une pâte, par conséquent peu propre à ce genre de cautérisation. Il en est de même de l'acide azotique, du nitrate acide de mercure, de l'acide chronique, etc.

Le fer rouge seul est capable de lui disputer la place. Mais nous ferons à ce caustique des objections sérieuses.

D'abord, il effraie beaucoup le malade et produit sur son esprit un effet désastreux, quoique le thermocautère en ait considérablement simplifié l'application. La douleur qu'il provoque est très vive. Quoi qu'on dise, l'application du fer rouge est plus douloureuse que celle du chlorure de zinc. Tous les chirurgiens conseillent, en ce cas, la chloroformisation, dont on se dispense lorsqu'on fait usage du second.

Les accidents survenus dans l'administration du chloroforme sont plus rares depuis que nous savons mieux le manier ; cependant, les discussions qui se sont élevées récemment au sein de la Société de chirurgie et à l'Académie de médecine, nous ont montré qu'il reste encore des inconnues dont il faut savoir tenir compte. Il faut savoir que chloroformiser un malade, c'est lui donner une chance de mort de plus. Nous supprimerons donc l'anesthésie toutes les fois que nous pourrons le faire,

et nous choisirons les remèdes les moins douloureux.

Plus effrayant et plus douloureux que le chlorure de zinc, le fer rouge a une action beaucoup moins sûre que ce dernier.

M. Rollet l'a regardé comme le spécifique du phagédénisme ; ce chirurgien n'a pas eu un seul échec à déplorer dans neuf observations. M. Fournier a été moins heureux, et il regarde le fer rouge comme un puissant auxiliaire ; mais il lui reproche d'être infidèle.

Dans plusieurs faits, M. le Dr Lanelongue (de Bordeaux), l'a vu échouer. Une de ces observations, que l'on verra plus loin, nous a été communiquée par M. le Dr T. Piéchaud, chef de clinique chirurgicale de M. le professeur Lanelongue.

Dans l'obs. II, il n'y a pas le moindre doute : le fer rouge a échoué deux fois ; le canquoin seul a pu triompher du mal.

Au reste, nous avons été témoin de faits pareils : nous avons vu, au mois de septembre 1879, à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, un malade âgé de 20 ans, porteur d'un chancre phagédénique du gland ; malgré une cautérisation énergique au fer rouge, le mal continua ses progrès, il se produisit une fistule uréthrale.

M. le Dr Fontagnères (de Toulouse) n'a pas été plus heureux dans le fait dont nous publions plus loin l'observation. (Observ. III.)

Et ce n'est pas seulement dans le cas de phagédédénisme que le fer rouge échoue ; nous l'avons vu rester impuissant contre le bubon non phagédénique de la malade qui fait l'objet de l'observation IV.

Dans ces faits, sauf le dernier, le chlorure de zinc, appliqué après lui, nous a donné une guérison rapide.

Il est difficile sans doute d'avoir un cautère qui garde la même température, mais le thermocautère Paquelin permet d'obtenir ce résultat. Nous ferons remarquer que c'est de cet instrument que se sont servis MM. Lanelongue et Fontagnères, et que la cautérisation a été dans tous les cas *énergique*. Malgré cela, ces chirurgiens ont échoué; c'est donc à la nature même du caustique qu'il faut attribuer ces échecs et non à la manière de l'appliquer.

OBJECTIONS ET RÉPONSES

On reproche au chlorure de zinc de causer une vive douleur, d'exposer le chirurgien à aller plus loin qu'il ne veut, et de produire des cicatrices très grandes et très irrégulières.

Douleur. — La douleur que provoque le chlorure de zinc est très supportable : le fait est formellement indiqué dans les observations de M. Lanelongue et les nôtres. Nous insistons sur ce fait.

Sûreté d'action. — Ce n'est pas ce caustique que l'on peut accuser de fuser ; au contraire, on a étudié son action de manière à pouvoir dire quelle est l'épaisseur de l'eschare dans un temps et dans un tissu donné. Cette énergie du caustique étant connue, on sait que le canquoin ne fuse pas, et ne donne jamais les surprises désagréables que procurent les caustiques alcalins ; après un nombre considérable de cautérisations, nous n'avons pas encore observé le fait une seule fois. Cependant nous avons toujours laissé le caustique à demeure au centre de l'eschare, tandis que M. Rollet l'enlevait au bout de trois heures d'application. Cette conduite nous la suivons pour les raisons que voici :

Quand on a rempli un bubon de pâte caustique, celle-ci se ramollit et se met en bouillie. De plus, elle se

gonfle et envahit toutes les anfractuosités. Mais ce résultat n'est obtenu que si elle reste un temps suffisant en contact avec la plaie.

C'est pour l'obtenir que nous nous servons d'une pâte moins énergique, et que nous la laissons à demeure.

Cette façon de procéder a un autre avantage. Lorsque la pâte est ramollie, il est fort difficile de la retirer avec une curette. S'il en reste un fragment oublié dans un coin, comme dans ce cas on se sert d'une pâte plus puissante, on pourra avoir dans ce point une cautérisation intense, tandis que l'on risque de laisser ailleurs un point virulent, ce que l'on doit éviter à tout prix.

En outre, on épargne au malade une opération douloureuse.

La pâte n° 3 nous a donné des eschares très régulières, d'une épaisseur variant de 2 $^1/_2$ à 4 millimètres. Dans cette épaisseur, il faut compter le gonflement survenu par le fait de l'imbibition des tissus mortifiés. Laisser la pâte à demeure est une modification qui nous est personnelle.

La plus grave objection que l'on puisse faire est celle-ci : la cicatrice est grande et difforme. — Le fait n'est pas exact, nous allons le voir.

Mais d'abord qu'obtient-on par les autres traitements ?

Dans le cas le plus favorable, lorsque l'on a pratiqué l'incision de bonne heure, n'a-t-on pas une cicatrice ? Elle est petite, sans doute, si le bubon guérit vite. Mais les lèvres de la plaie s'inoculent toujours, le chancre ganglionnaire dure au moins autant qu'un chancre ordinaire, et se cicatrise comme lui, ce qui se fait attendre un mois au minimum ; la plupart du temps deux

et trois mois. Que sera la cicatrice? Rien moins que belle; ce sera toujours une cicatrice.

Mais ce sera bien pis si, malgré l'ouverture prématurée, il se produit un chancre à allures un peu vives, qu'il survienne un peu de décollement. Alors la guérison n'aura lieu qu'au bout d'un temps fort long. Et pendant cette période, le malade reste exposé à toutes les complications que nous connaissons.

Nous croyons rendre un service considérable à ce malade, en détruisant le chancre dès le premier jour. La cicatrice que nous obtiendrons sera aussi petite et aussi belle que s'il avait guéri sans cautérisation. Seulement la guérison se sera faite en 25 jours au plus.

Dans les cas plus avancés, lorsque le bubon est déjà largement suppuré, on est bien forcé d'accepter la cicatrice; elle est inévitable, elle sera même grande la plupart du temps, souvent irrégulière. Toutes les injections caustiques ou autres ne serviront pas à l'éviter et ne la rendront pas plus petite.

Il y a avons actuellement dans le service des vénériennes à Toulouse une malade qui a été soignée, il y a un an, par les injections de teinture d'iode. Son bubon, dit-elle, était tout petit, et pourtant elle est restée deux mois à l'hôpital d'une ville voisine. Sa cicatrice a 2 centimètres.

Par la cautérisation, la cicatrice n'aurait pas été plus grande, et la guérison aurait eu lieu un mois plus tôt.

Après l'emploi de la pâte de Canquoin, la rétraction de la peau est considérable; le fait est connu. Maiso n n'a peut-être pas assez insisté sur cette propriété qu'elle a de donner une cicatrice petite après des pertes de

substance considérables. Les cicatrices que nous avons obtenues étaient très belles et très régulières.

Nous avons pu voir des bubons guérir par divers traitements, et les résultats ne valent pas de beaucoup ceux que donne le caustique de Canquoin.

Cependant, voici ce que dit M. Gavoy, en parlant des caustiques : « Les bords de ces ouvertures (produites par les caustiques)... peuvent être envahis par l'ulcération chancreuse; elles laissent après la guérison de larges cicatrices indélébiles, informes, parfois hideuses, stigmates accusateurs très apparents, ou des difformités qui causent une grande géne et de profonds chagrins par le souvenir de leur origine. Ces graves désavantages, ainsi que la vive douleur qu'ils occasionnent, doivent les faire exclure de la pratique. »

Nous n'acceptons nullement les conclusions de M. le Dr Gavoy.

Nos observations, prises avec une scrupuleuse exactitude, nous permettent d'affirmer le contraire. M. le Dr Piéchaud a signalé, dans le fait qu'il a bien voulu nous communiqer, le peu de douleur qu'a ressenti le malade et la régularité ainsi que l'exiguité de la cicatrice.

La cautérisation, en prévenant les décollements et les complications, empêche les cicatrices vicieuses loin de les produire lui-même.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

La cautérisation du bubon est facile; elle n'est pas cependant toujours applicable.

Les indications se tirent de l'allure que prend le bubon dans sa marche.

Si le bubon est petit, s'il n'a pas tendance à l'envahissement, il pourra guérir seul, et à l'aide d'injections détersives ou légèrement caustiques; mais sa guérison sera longue.

Détruisez le bubon, vous faites gagner au moins un mois au malade, et vous le mettez à l'abri des complications.

Si le bubon a une marche plus vive, si les bords de la plaie inoculée sont douloureux et déchiquetés, n'hésitez pas, cautérisez encore : c'est de ces cas que parle M. Fournier lorsqu'il ordonne une intervention active.

Dans le premier cas, nous voulons seulement faire gagner du temps au malade; ici nous prévenons des désordres considérables.

Mais au lieu d'arriver au début du mal, on peut n'arriver qu'après qu'il est produit.

Dans ces cas, il faudra s'inspirer des notions d'anatomie pour savoir s'il faut, oui ou non, agir; car on pourrait atteindre des organes importants.

Les contre-indications sont au nombre de deux seu-

lement : les décollements considérables de la peau et le voisinage d'organes importants.

M. Rollet ne détruit jamais le bubon ni le chancre, s'il ne voit pas la possibilité de détruire l'un et l'autre simultanément.

Il craint que s'il ne détruit que le bubon, celui-ci se réinocule soit par l'apport direct du pus du chancre au bubon, soit par l'absorption d'une nouvelle quantité de pus à la surface ulcérée, et son arrivée au bubon par les lymphatiques.

A notre avis, ce n'est pas une contre-indication absolue. Sans doute, toutes les fois que la chose est possible, on doit détruire les deux ulcères ; mais nous donnons les observations de faits où la guérison du bubon s'est faite très bien, malgré la coexistence du chancre. (Obs. VIII.)

Il suffit de prendre quelques précautions pour éviter l'inoculation directe. Le malade se lavera très exactement les mains avant de faire son pansement. Il commencera toujours par la plaie non virulente, qu'il recouvrira de charpie tenue dans un lieu à part ; il soignera ensuite son chancre.

En prenant ces précautions, nous avons toujours évité la réinoculation. Chez un seul de nos malades, la plaie du bubon s'est réinoculée. Ce malade était peu propre ; il s'est en même temps inoculé une plaie de la main. (Obs. IX.)

Nous ne nions pas la possibilité de l'inoculation par les lymphatiques, mais elle nous paraît difficile. Après la cautérisation, l'inflammation éliminatrice qui s'empare des tissus voisins de l'eschare envahit les lymphatiques et les oblitère. Le pus ne pourra plus arriver à

la surface de la plaie. Tout au plus, il pourrait produire une lymphangite chancreuse; mais la circulation ne se faisant plus dans ces lymphatiques, l'absorption est supprimée.

Quoi qu'il en soit de l'explication, les faits sont là; et nous faisons de la clinique.

Les décollements de la peau sont beaucoup plus sérieux. Dans ce cas-là, la peau est généralement saine.

Si elle est mince, si la vitalité est compromise, on la sacrifie, et l'on obtient un bon résultat relatif. On a hâté considérablement la guérison.

Mais la peau peut être saine. Dans ce cas, il faut tenir compte de la marche du bubon et régler sa conduite sur son allure.

S'il n'y a pas tendance à l'augment, si enfin la guérison, quoique lente, paraît devoir se produire sans trop de dégats, il faut attendre. Il vaut mieux perdre du temps que de sacrifier un lambeau de peau dont le recollement est possible.

D'autres fois, on pourra, malgré un décollement relativement considérable, cautériser la cavité du bubon. Voici comment :

On insinue, en agrandissant l'ouverture, s'il le faut, une mince lame de pâte dans la cavité; on en met plusieurs morceaux, mais on en met *partout*.

Au bout de quelques jours, l'eschare s'élimine et la peau conservée se recolle très bien.

Il nous est arrivé plusieurs fois, en procédant ainsi, d'énucléer, pour ainsi dire, un ganglion tout entier. Nous avons obtenu une cicatrice très convenable et une guérison complète en 20 jours, alors que par les injec-

tions ces bubons, pour guérir, auraient demandé plusieurs mois. Il suffit de comparer les obs. IV et VI.

Le voisinage d'organes importants. — Ces organes sont les gros troncs nerveux et vasculaires qui traversent la région, pour se rendre dans le membre inférieur.

Les nerfs sont peu importants ou trop éloignés pour être atteints par le caustique.

Les rapports qu'affectent les vaisseaux sont connus. Leur voisinage immédiat est une contre-indication formelle de la cautérisation. Le fait se présente rarement.

Hunter avait déjà indiqué que les bubons se trouvaient dans le groupe de glandes le plus voisin du siège du chancre ; il avait remarqué aussi que jamais il n'y avait transport dans un nouveau groupe ganglionnaire. De plus, ce bubon « ne se produit, dit-il, que sur les *ganglions superficiels*.

« Jamais dans les ganglions *profonds,* jamais dans les lymphatiques qui viennent y aboutir ou qui en émanent, vous ne rencontrerez ce qui caractérise le bubon spécifique, c'est-à-dire le pus *virulent, inoculable, primitif.* »

Donc, nous aurons toujours affaire à des ganglions superficiels. Pourquoi ? Hunter l'expliquait « par une *inaptitude des glandes profondes* à devenir le siège de l'irritation *vénérienne.* »

A ces notions, M. Rollet ajoute que c'est au centre du groupe glandulaire que se trouve le ganglion atteint, dans la partie correspondante aux vaisseaux cruraux.

En présence du voisinage de ces vaisseaux, il est

permis d'hésiter. M. Rollet avoue qu'il a souvent vu battre la fémorale au fond de la plaie après la chute de l'eschare, et ce n'était pas sans émotion.

Cependant, depuis quatre ans, nous avons vu beaucoup de cautérisations; nous en avons nous-même pratiqué un grand nombre, et nous n'avons jamais eu à déplorer le moindre accident,

A quoi tient ce résultat?

D'abord, nous avons toujours été très prudent. De plus, il est assez difficile d'atteindre les vaisseaux.

Le bubon est toujours *superficiel;* il existe une aponévrose entre le ganglion et l'artère; quoique mince, elle oppose une résistance au caustique. Enfin il faut compter aussi avec la péri-adénite qui envahit les tissus voisins et augmente considérablement cet espace.

Ceci ne veut pas dire qu'il faut négliger ces vaisseaux. Toutes les fois que le bubon siégera à la partie moyenne de l'aine, il faudra, avant d'y introduire le caustique, rechercher si les battements de l'artère ne commandent pas d'attendre.

Il y a donc peu de contre-indications à l'emploi du chlorure de zinc dans le cas de chancre ganglionnaire au début.

Il n'en sera pas ainsi malheureusement dans le cas de phagédénisme.

Contre cette complication, son action est merveilleuse, mais l'application en est parfois difficile. Comme la cautérisation doit être profonde, on s'exposerait souvent à atteindre des organes importants.

Toutefois, ces contre-indications seront beaucoup

plus fréquentes dans les cas de phagédénisme survenant dans le cours de la syphilis (ulcères de la gorge, de la face, etc.), dont nous n'avons pas à nous occuper, que dans le cas de bubon chancreux.

L'observation que nous a communiquée M. le Dr Fontagnères est très concluante au point de vue qui nous occupe : même après son début, on peut arrêter le mal, et éviter ces délabrements considérables dont MM. Ricord, Saint-Gervais et tant d'autres ont rapporté des exemples. Elle nous prouve en même temps l'impuissance de l'iodoforme, du fer rouge et de l'acide phénique.

OBSERVATIONS

Toutes nos observations ont été recueillies dans le service de M. le Dr Fontagnères, professeur suppléant à l'École de médecine, chirurgien en chef à l'Hôtel-Dieu de Toulouse. La deuxième nous a été communiquée par M. le Dr Piéchaud, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Bordeaux; nous l'en remercions cordialement.

Obs. I. — *Chancre mou, deux bubons suppurés; cautérisation avec le chlorure de zinc.* — D... (Gabriel), forgeron, 17 ans, bonne santé, sans antécédents syphilitiques ou scrofuleux, entre à l'Hôtel-Dieu le 19 octobre 1881. Ce jeune homme est déjà venu dans le service du 2 au 14 août pour un chancre mou du filet; il est sorti avant que la guérison fût complète.

20 octobre. — A la visite, voici son état. Le chancre, qui date aujourd'hui de 5 mois, est à peu près guéri; il reste à peine un peu de desquamation. Dans le pli de l'aine gauche, deux ganglions suppurés, que nous ouvrons immédiatement. — Cataplasmes.

22. — Les cavités abcédées sont comblées avec de la pâte caustique. — Charpie sèche.

23. — Douleur assez vive dans la soirée; le malade a dormi convenablement. Aujourd'hui pas de douleur. L'eschare est limitée.

24. — Inflammation vive autour de l'eschare.

25. — En pressant sur la partie mortifiée, on fait sourdre quelques gouttes de pus dans le sillon d'élimination.

27. — L'eschare tombe, laissant à nu une surface de très bon

aspect. Long., 9 centimètres ; larg., 3 centimètres ; prof., 1 centimètre et demi. — Lotions trois fois par jour avec la solution phéniquée au 100e ; application de charpie imbibée de cette solution.

Sous l'influence de ce traitement, la guérison marche rapidement et la plaie diminue d'étendue. Le 2 novembre, elle n'a plus que 7 centimètres de long sur 2 de large ; son fond est presque à niveau. Au milieu se présente un ganglion isolé qui a résisté au caustique.

15 novembre. — La plaie a très bon aspect, les bords se rapprochent de plus en plus.

Le malade sort le 27 novembre complètement guéri.

Nous avons eu la bonne fortune de revoir ce malade le 8 avril 1882. La cicatrice est blanche, linéaire, très régulière ; elle ressemble à une cicatrice de plaie par instrument tranchant.

Obs. II. — Communiquée par M. le Dr T. Piéchaud, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Bordeaux (résumée). — *Chancre mou phagédénique.* — A... (Blanche), 29 ans, lingère, entre dans le service de M. le professeur Lanelongue (hôpital Saint-André), le 7 janvier 1882, portant sur la fesse gauche un chancre mou phagédénique, grand comme une pièce de deux francs.

Malgré des pansements à l'acide phénique d'abord, puis à l'iodoforme, cette ulcération augmente si bien que, le 21 janvier, elle a 5 centimètres de diamètre.

Deux cautérisations *énergiques* sont pratiquées par M. Lanelongue, à l'aide du thermocautère, le 23 et le 26 janvier. Malgré le soin que ce professeur a pris d'insinuer la lame du cautère sous les bords de l'ulcère, le mal continue ses progrès.

Le 30, une épaisse couche de pâte de Canquoin est appliquée. — L'eschare produite tombe le 4 février (5 jours après l'application du caustique). — La plaie, un peu pâle cependant, a très bon aspect. « Le 23 février, la guérison est assurée, régulière et rapide. »

« Le 10 mars, la malade nous quitte complètement guérie. Il existe une cicatrice insignifiante. »

Nous avons cité à dessein les expressions de M. le Dr Piéchaud.

Obs. III. — Communiquée par M. le Dr Fontagnères, recueillie par M. Cabanes, interne des hôpitaux de Toulouse. — *Chancres mous phagédéniques, inoculations multiples.* — A... (Raymond), 16 ans, pâtissier, entre dans nos salles le 21 février 1880.

Le malade entre avec un chancre mou phagédénique qui prend toute la partie antérieure du fourreau de la verge. — Pansement à l'acide phénique au 100e. — Trois ou quatre jours après, apparition d'un bubon dans l'aine droite. — Cataplasmes.

2 mars. — Bubon ouvert, pus sanieux, abondant.

4. — Ouverture d'un second bubon dont la fluctuation avait marché avec rapidité. Ce bubon, ouvert par M. Dambies, interne, est situé également à l'aine droite, à 3 centimètres du précédent, en se rapprochant de la racine de la verge.

Pansement des bubons avec des cataplasmes.

Pansement du chancre à la verge avec de la poudre d'iodoforme.

12. — L'iodoforme n'amenant aucune amélioration, nous revenons à l'acide phénique pour le chancre à la verge.

Les bubons n'allant pas mieux, nous les touchons chaque matin, tantôt avec la teinture d'iode pure, tantôt avec le crayon de nitrate d'argent.

25. — Nous remarquons sur la partie moyenne du tibia de la jambe gauche une petite croûte noirâtre que nous rapportons à un coup que le malade se sera donné.

28. — Malgré le repos absolu du malade et les soins appropriés, la croûte grandit en même temps que l'ulcération sous-jacente.

4 avril. — La plaie de la jambe ne faisant qu'augmenter et ayant atteint les dimensions d'une pièce de cinq francs, nous cherchons à établir le diagnostic : pas de symptômes de scrofule, pas de syphilis antérieure, non plus qu'aujourd'hui. Soupçonnant un chancre, nous pratiquons ce jour-là, avec du pus pris sur la plaie de la jambe, deux inoculations : une sur chaque cuisse à la partie interne et moyenne du membre. L'inoculation a été positive et a produit deux chancres, qui sont

encore, à la date du 17 mai, d'une dimension supérieure à celle d'une pièce de deux francs.

10. — Le malade est chloroformisé ; cautérisation du chancre tibial, avec le fer rouge.

12. — Continuation des mêmes pansements que précédemment; pas d'amélioration.

25. — Pas d'amélioration ni dans l'aine, ni aux cuisses où les chancres s'étendent, ni à la jambe où la *cautérisation* au fer rouge a été *nulle.*

Nous appliquons sur le chancre tibial une couche de pâte de Canquoin qui est laissée en place pendant deux heures. La totalité du chancre est recouverte par la pâte, excepté une très petite portion de 2 ou 3 millimètres, qui reste en dehors du caustique, à la partie supérieure. Les dimensions du chancre sont à ce moment de 8 centimètres de long sur 5 centimètres de large.

26. — L'eschare formée est peu profonde, mais néanmoins solide.

4 mai. — L'eschare, au lieu de tomber seule suivant les règles, reste adhérente par les bords; quelques gouttes de pus s'échappent sous les bords par deux ou trois endroits.

L'eschare, détachée au centre de la plaie, ne doit qu'à la dessiccation du pus sur les bords de rester en place. Nous respectons cette adhérence.

10. — Désireux de voir l'état de la plaie, nous détachons l'eschare noirâtre, et nous trouvons une plaie qui a diminué de 3 à 4 millimètres sur tous ses bords, ce qui retrécit la plaie considérablement. — Pellicules cicatricielles évidentes, malgré la longue macération produite par le pus.

Nous soignons en même temps le chancre inoculé de la cuisse gauche par des cautérisations répétées tous les jours dans la suite avec le crayon, tandis que nous laissons le chancre de la cuisse droite uniquement abandonné au pansement phéniqué.

Les bubons, toujours en pleine suppuration, sont soignés avec la teinture d'iode chaque matin.

17. — Le chancre tibial, dont nous favorisons la cicatrisation par de légers attouchements au crayon, est réduit de moitié. Le chancre crural gauche, cautérisé chaque matin, a également diminué de moitié et se cicatrise sur les bords, pendant que le chancre crural droit, pansé à l'acide phénique, conserve ses dimensions premières et ne présente aucune trace de guérison.

Les deux bubons de l'aine droite ne présentent pas non plus d'amélioration sensible.

23. — *Chancre tibial.* — Ce chancre qui, après l'influence du chlorure de zinc avait l'air de guérir rapidement, semble subir un point d'arrêt ; malgré des attouchements quotidiens au crayon, la surface végète considérablement.

Chancres cruraux. — Le chancre de la cuisse gauche, touché au crayon chaque matin, s'arrête aussi dans la voie de la guérison et conserve les dimensions qu'il avait à la dernière date. Le chancre de la cuisse droite pansé à l'acide phénique tous les jours, et qui ne présentait à la dernière date aucune amélioration, paraît s'amender ; sa surface végétante s'affaisse. Les bords sont rétrécis de 1 à 2 millimètres environ.

Chancres de l'aine. — Pas la moindre amélioration par la teinture d'iode continuée tous les jours.

Depuis trois ou quatre jours, apparition d'un second chancre sur le prépuce, à un endroit où nous avons incisé cet organe au début et qui était complètement cicatrisé.

Depuis trois semaines environ, deux autres chancres ont fait leur apparition à la partie antérieure et à la base de la verge, dont l'un est au milieu des poils du pubis.

Nous appliquons une couche de pâte de Canquoin sur le chancre crural droit soigné à l'acide phénique et sur les deux chancres de l'aine.

30. — Bubons guérissent rapidement ; chancre tibial, amélioration notable ; chancre crural gauche plus petit, mais saignant et légèrement fongueux ; chancre crural droit, depuis la chute de l'eschare, 28 mai, aspect rosé du chancre, pellicule cicatricielle qui débute sur les bords ; guérison qui s'annonce d'une façon indéniable.

4 juin. — La guérison s'accentue de plus en plus ; l'un des bubons est à peu près cicatrisé ; le chancre tibial, réduit aux trois quarts, est touché tous les jours au crayon. Le chancre crural droit n'a plus que l'étendue d'une pièce de 50 centimes. Quelques légers attouchements avec le crayon. Le chancre gauche, énergiquement cautérisé avec le crayon, tout en étant profond, est sur le point d'être guéri. Le chancre situé à la racine de la verge et les quelques chancres qui s'étaient développés sur les bourses se cicatrisent sans traitement.

L'état général du malade est excellent.

6. — L'eschare du chancre crural gauche est noire et sèche ; enlevée avec la pointe des ciseaux, elle permet de constater que le bourgeonnement continue ; nouvel attouchement.

20. — Le malade sort guéri de tous ses chancres et bubons ; néanmoins, le chancre tibial n'est pas complètement cicatrisé.

Obs. IV. — *Chancre mou, bubon suppuré, cautérisation au fer rouge.* — L... (Constance), 22 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 10 février 1882, portant un petit chancre à la fourchette ; dans le pli de l'aine, à gauche, un ganglion engorgé et douloureux.

27 février. — Malgré le repos au lit et les cataplasmes, la suppuration se produit et l'abcès est ouvert le 27 février. — Repos, injections détersives phéniquées, puis modificatrices avec la teinture d'iode.

18 mars. — Injections avec de la teinture de benjoin.

30. — La plaie ne se modifiant pas, n'ayant pas la moindre tendance à guérir, M. Fontagnères fait appliquer de l'iodoforme. Cette médication est continuée avec soin pendant un mois.

1er mai. — A cette époque, il existe encore une fistule de 2 ou 3 centimètres se dirigeant vers la vulve. — Pendant quelques jours, application alternative de teinture d'iode et d'iodoforme.

20. — Enfin le 20 mai, voyant que la guérison se fait si longtemps attendre, M. Fontagnères applique une pointe fine du thermocautère, pour essayer de hâter la cicatrisation.

23. — L'eschare se détache par lambeaux, la suppuration a augmenté légèrement.

28. — Après un examen attentif, nous constatons qu'il y a

encore une fistule dont le suintement ne nous paraît pas suffisant pour garder la malade.

Elle sort dans cet état le lendemain 29 mai.

Nous revoyons la malade le 1er juillet. Le suintement persiste encore, quoique peu abondant.

Dans ce cas, l'état général était excellent : femme brune, pas de scrofule, pas de syphilis. M. Fontagnères n'a pas voulu employer le canquoin, pour avoir un point de comparaison au point de vue de la durée du traitement.

Obs. V. — *Trois chancres mous de la verge et bubon suppuré cautérisés avec le chlorure de zinc; guérison en 20 jours.* — A... (Bernard), boulanger, 31 ans, entre le 19 juin 1882. Il nous raconte qu'il a vu apparaître ses trois chancres vers le 16 mai, quatre jours après un coït suspect. Il a négligé ces *écorchures* et les a laissées sans traitement. Vers le 8 juin, une vive douleur dans le pli de l'aine gauche lui a révélé l'existence d'un bubon qu'il a négligé. Aujourd'hui, il ne peut pas continuer son pénible métier et il demande nos soins.

20 juin. — Trois chancres mous à la base de la verge, sur le côté gauche. L'un de 1 centimètre de diamètre, le deuxième de 3 millimètres à peu près; un peu plus bas, deux érosions de 2 millimètres se confondant par leurs bords. — Dans l'aine gauche, un ganglion suppuré. Nous incisons le bubon. Après l'avoir vidé et lavé, nous appliquons de la pâte de Canquoin.

A la contre-visite, le malade nous raconte qu'il a éprouvé une douleur assez vive, qui a disparu. Après avoir *exactement* lavé les parties, nous appliquons sur chaque chancre une couche de pâte caustique qui reste en place une heure.

Les bords de l'incision du bubon sont gris. Un peu plus loin, un liseré rouge indique les limites de l'eschare. — Charpie sèche.

22. — Cette rougeur augmente. Les bords du bubon sont un peu abaissés autour de l'eschare ; la rougeur a diminué.

En enlevant la charpie qui recouvre le chancre le plus grand, la partie mortifiée se détache laissant à nu une plaie vermeille. Les autres eschares restent en place. — Eau phéniquée.

24. — L'eschare du bubon se détache. Plaie rosée, fond concave, uni, bourgeonnant. Long., 2 centimètres et demi ;

larg., 1 centimètre et demi ; profond., 1 centimètre et demi. — Pansement phéniqué.

La plaie du premier chancre a bon aspect, les bords sont en voie de cicatrisation ; les autres sont mis à nu par la chute de l'eschare, et quoique le fond soit pultacé, les bords présentent un liseré cicatriciel.

28. — Les deux petits chancres sont guéris. Le plus grand a diminué de moitié. Le bubon a diminué aussi.

3 juillet. — Le grand chancre est guéri (en 13 jours). Le bubon est en bonne voie, son fond est au niveau des parties voisines.

8. — La guérison est complète. A la place du bubon, une croûte sèche, des cicatrices imperceptibles indiquent la place des chancres.

Obs. VI (résumée). — *Bubon suppuré, cautérisation.* — S... (Dominique), entre à l'Hôtel-Dieu de Toulouse le 11 mai 1882, 28 ans, pas de syphilis, ni de scrofule. — Chancre mou sur le côté droit du prépuce, le 28 avril.

Bubon dans l'aine droite, deux jours après. — Iodoforme sur le chancre, cataplasmes sur le bubon, repos.

19 mai. — Incision du bubon suppuré. Injections détersives, iodoforme.

1^er^ juin. — Chancre guéri ; le bubon suppure malgré l'iodoforme, décollement de 3 centimètres vers l'épine iliaque. Même traitement.

13. — Méme état. — Cautérisation.

14. — Gonflement phlegmoneux vers l'épine iliaque.

16. — Inflammation éliminatoire franche.

18. — Chute de l'eschare, qui a 3 centimètres de long sur 1 centimètre de diamètre. Orifice, 1 centimètre et demi. La peau est conservée. — Eau phéniquée.

Sous l'influence de ce pansement, le fond de la plaie monte rapidement. Le malade sort guéri le 3 juillet.

Nous revoyons le malade le 23 juillet, la cicatrice a un demi-centimètre.

Obs. VII (résumée). — Salle Sainte-Madeleine, n° 22. —

Chancre mou, bubon suppuré. Cautérisation. Guérison en 20 jours. — M... (Louise), 17 ans, couturière (?), entre dans le service des vénériennes le 28 avril 1882, portant un chancre mou de la fourchette, superficiel et peu étendu. Pas de syphilis ni de scrofule, santé excellente. — Iodoforme.

15 mai. — Apparition d'un bubon dans le pli de l'aine, du côté droit. — Repos, cataplasmes.

23. — Incision de l'abcès.

25. — Cautérisation avec la pâte de Canquoin, n° 2.

28. — Chute de l'eschare (trois jours après la cautérisation). Plaie, 4 centimètres de long sur 2 de large. — Eau phéniquée.

1er juin. — La plaie a 3 centimètres de long sur 1 de large.

6. — La plaie diminue rapidement.

14. — La malade sort guérie avec une cicatrice rouge, mais peu apparente. — Le chancre était déjà guéri depuis 8 jours.

Obs. VIII. — Salle Saint-Victor, n° 15. — *Chancres mous du prépuce, bubon suppuré. Cautérisation et guérison du bubon, malgré la persistance des chancres.* — M... (François), 28 ans, pas de syphilis, pas de scrofule, entre le 1er septembre 1881 dans le service de M. Fontagnères.

Chancre mou du prépuce datant de 15 jours, phimosis consécutif. Nous ouvrons immédiatement un bubon suppuré qui siège à droite. — Cataplasmes sur le bubon, injections détersives sous le prépuce, application d'iodoforme, repos au lit.

4 septembre. — Application de pâte caustique au bubon, douleur vive mais supportable. — Charpie sèche. Même traitement pour les chancres.

11. — Chute de l'eschare. — Circoncision avec la pince de Ricord.

14. — Plaie du bubon, bon aspect. Envahissement chancreux de la plaie de la circoncision.

Pansement phéniqué et iodoforme.

15. — Douleurs vives, malgré l'iodoforme.

20. — Le chancre est dans le même état ; le bubon va très bien.

25. — Le bubon est guéri. Le chancre s'est un peu amélioré, les douleurs sont moins vives.

1er octobre. — Le malade demande son *exeat ;* il sort, malgré les conseils du médecin. — Son chancre est en bonne voie.

Obs. IX. — *Bubon suppuré, cautérisation, réinoculation, inoculation au doigt.* — D... (Paul), 20 ans, bonne constitution, un peu anémique, entre à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, le 27 février 1882. — Trois chancres sur le limbe préputial, presque guéris ; ils remontent au 1er février.

Apparition d'un bubon le 15 février.

28 février. — Le bubon douloureux est couvert d'un cataplasme laudanisé. Iodoforme sur les chancres.

3 mars. — Le bubon est ouvert. — Cataplasmes.

5. — Application du caustique de Canquoin.

6. La douleur a été *nulle.* Le malade nous le fait remarquer ; car nous l'avions prévenu qu'il éprouverait une douleur assez vive.

12. — Chute de l'eschare. Lotions et pansement phéniqués simples.

18. — La plaie, qui avait jusque-là bon aspect, devient pultacée ; les bords sont décollés.

22. — L'envahissement chancreux augmente, la suppuration est abondante et séreuse.

24. — Application d'une rondelle de pâte caustique pendant une heure. — Douleur vive.

27. — Chute de l'eschare. — Plaie rose, liseré cicatriciel sur les bords. — Eau phéniquée.

7 avril. — Les chancres sont guéris depuis plusieurs jours ; mais le bubon a repris un aspect douteux. — Iodoforme.

15. — La réinoculation est manifeste. Le malade sort, promettant de revenir nous voir.

22. — Le bubon est à peu près guéri ; mais sur la face dorsale de la première phalange de l'annulaire droit, le malade porte une plaie blâfarde ayant tout l'aspect d'un chancre mou. Il a été mordu, il y a 18 jours, par un camarade syphilitique atteint de plaques muqueuses de la bouche. Est-ce un chancre infectant ou un chancre mou, ou bien une plaie simple ? Une inoculation sur le bras du malade nous prouve que c'est un chancre mou. — Iodoforme.

1er mai. — Le bubon est guéri. Le doigt a bon aspect.

15. — Guérison complète.

La plaie du bubon a été inoculée après la première cautérisation ; la deuxième application de caustique n'a pas produit d'effet, le bubon a conservé sa virulence, puisqu'il a inoculé le doigt.

Obs. X. — Salle Saint-Victor, nº 15. — *Chancre mou, bubon suppuré, cautérisation.* — D... (Cyrille), 23 ans, brassier, bonne santé, pas d'antécédents. Ce malade entre le 11 mai 1882. Chancre mou du filet, remontant, dit le malade, au 7 mai ; mais il a été précédé d'une *écorchure.* Bubon datant de 11 jours.

12 mai. — Incision du bubon qui est suppuré. Cataplasmes, iodoforme sur le bubon.

16. — Cautérisation. Charpie sèche.

21. — Elimination de l'eschare. Plaie, 4 centimètres de long sur 3 centimètres de large, 1 centimètre de profondeur. — Eau phéniquée.

28. — La plaie n'a plus que 2 centimètres de long sur 1 de large.

7 juin. — Le malade sort guéri.

Obs. XI (résumée). — Communiquée par M. Parent, interne des hôpitaux de Toulouse. — *Bubon chancreux, cautérisation destructive.* — L... (Paul), 17 ans, sans antécédents, entre le 25 janvier 1882 dans le service des vénériens.

Chancre à la fin de décembre 1881, quatre jours après un coït suspect.

Apparition d'un bubon vers le 10 janvier. — Emplâtre de Vigo.

26 janvier. — A la visite, ouverture du bubon qui est suppuré. Le chancre est guéri.

30. — Application de pâte au chlorure de zinc.

4 février. — Chute de l'eschare. Plaie bourgeonnante et rose. — Pansement phéniqué simple.

Le malade sort guéri le 22 février.

Obs. XII. — Salle Sainte-Madeleine, nº 2. — *Chancre du col de l'utérus, inoculation à la vulve, application d'iodoforme sans résultat.* — B... (Françoise), entre le 27 février 1882, por-

tant un chancre du col. Pas d'antécédents. — Application de tampons de coton imbibés d'une solution phéniquée au 100e. Le chancre du col s'améliore rapidement, mais vers la fin du mois de mars apparaît un chancre mou à la fourchette, gagnant un peu sur le côté gauche, sous les caroncules.

1er mai. — Le chancre du col est guéri, mais le chancre vulvaire a les dimensions d'une pièce de 50 centimes. Vers le 15 avril, il s'est produit une inoculation du côté opposé.

Depuis son apparition jusqu'au 28 juillet, le pansement du chancre vulvaire a été fait avec l'iodoforme, le soir ; le matin, attouchements avec la teinture d'iode. Malgré cela, la malade est encore dans le service à cette date. Le chancre conserve le même aspect.

Obs. XIII. — *Chancre mou phagédénique.* — C... (Emile), 28 ans, une blennorrhagie, chancre mou le 2 mai, coït suspect le 28 avril 1882. — Pansement au calomel et vin aromatique ; état presque stationnaire, plutôt progressif.

3 juin. — Le chancre devient douloureux et le malade entre à l'Hôtel-Dieu. — Iodoforme.

10. — Les douleurs privent le malade de sommeil. Le phagédénisme n'est pas très menaçant, mais on ne peut pas le nier. Le chancre, qui siège sur le côté gauche du filet, a creusé entre le gland et le fourreau de la verge, a percé le filet et fait son apparition à droite. — Iodoforme.

15. — L'envahissement marche très lentement ; on continue l'iodoforme.

20. — Les douleurs ont cessé, la guérison paraît vouloir se produire. — Même pansement

30. — Les douleurs reparaissent très vives, de plus la peau est percée dans la partie correspondante au filet. Devant cette marche, M. Fontagnères fait une cautérisation avec le thermocautère dans la partie comprise entre le gland et le prépuce, puis il applique du chlorure de zinc dans l'orifice qui existe au niveau du filet.

5 juillet. — Les douleurs ont cessé, les eschares sont tombées, la plaie a bonne mine. La chute des eschares laisse une plaie

correspondante aux insertions du filet, au prépuce et au gland. De plus, l'orifice qui existait à la peau a maintenant 1 centimètre de diamètre au moins. — Iodoforme et lotions phéniquées.

10. — La plaie a un aspect pultacé peu rassurant ; des douleurs existent sans être très vives.

15. — Même état. — L'ulcère n'a pas l'aspect d'une plaie simple ; mais nous n'osons pas faire d'inoculation.

20. — La plaie s'est rapidement modifiée : la partie intra-préputiale est presque guérie ; dans la partie qui s'ouvre à la peau, son fond se rétrécit, et elle tend à se séparer de la première. En revanche, un ganglion douloureux dans l'aine gauche. — Cataplasmes.

25. — Le bubon a diminué, il est presque guéri. — La plaie est guérie dans la cavité préputiale ; l'orifice qui existe à la peau n'a plus que $^1/_2$ centimètre. Cependant le fond est blâfard.

Dans cette observation, une partie seulenment du chancre a pu être cautérisée avec le canquoin ; l'autre a dû être cautérisée avec le fer rouge, à cause de son siège au voisinage de l'urèthre. Quoique nous n'ayons pas pas pratiqué l'inoculation, nous sommes convaincu que la plaie est restée virulente.

Obs. XIII. — *Bubon suppuré. Cautérisation au chlorure de zinc.* — D... (Bertrand), 23 ans, une chaude-pisse, deux chancres sur le limbe du prépuce le 9 juin ; coït du 5 juin.

Apparition d'un bubon le 25 juin.

Le malade entre le 6 juillet.

Ouverture du bubon le lendemain, à la visite. — Iodoforme sur les chancres.

10. — Application du caustique de Canquoin.

15. — Chute de l'eschare. — Plaie, 4 centimètres de long sur 2 de large.

23. — La plaie a très bon aspect, 2 millimètres de long sur 1 de large.

Ce jeune homme sort le 29 juillet, ayant une plaie de $^1/_2$ centimètre.

Obs. XIV. — *Deux bubons suppurés, cautérisés avec le chlo-*

rure de zinc. — R... (Guillaume), 24 ans, entre le 29 juin 1882. — Trois blennorrhagies, quatre orchites.

Chancre mou au début de juin; coït quatre jours avant. — Vin aromatique.

Apparition d'un bubon à gauche vers le 20 juin; il s'en montre un second à droite vers le 25. A son entrée, pansement du chancre à l'iodoforme. Cataplasmes sur les deux bubons.

5 juillet. — Le chancre est guéri. Les bubons sont pansés avec des cataplasmes.

10. — Le bubon gauche est ouvert. Cataplasmes sur l'un et l'autre.

13. — Application de chlorure de zinc à gauche.

15. — Le bubon droit est incisé.

17. — L'eschare tombe. — Application de caustique à droite.

23. — A droite, l'eschare commence à s'éliminer; à gauche, la plaie marche rapidement vers la guérison. Un lambeau de peau qui a été conservé s'est recollé; la guérison paraît certaine.

30. — Le malade sort. Il n'est pas guéri; mais à gauche, la plaie n'a que 1 centimètre ; à droite, la peau a été entièrement conservée.

CONCLUSIONS

Avec MM. Ricord, Diday, Rollet et Fournier, nous dirons que le seul traitement prophylactique du bubon chancreux, c'est la destruction du chancre.

Une fois qu'il a débuté, le bubon suppure fatalement, et en s'ouvrant il donne lieu à un chancre ganglionnaire, dont la guérison, toujours fort longue, est souvent retardée par des complications diverses.

Le meilleur moyen d'obtenir rapidement cette guérison et de prévenir ces complications, c'est la cautérisation destructive du bubon, au moyen du chlorure de zinc.

Ce caustique est le plus propre à cet usage : plus sûr et moins douloureux que le fer rouge, il est plus facile à appliquer, et n'expose le malade à aucun accident, si l'on a le soin de l'employer avec la prudence et les précautions que nous avons indiquées.

Ce même caustique doit être préféré lorsqu'il s'agit de combattre le phagédénisme vénérien, à condition toutefois que son application peut se faire sans produire des désordres trop considérables.

QUESTIONS DE THÈSE

Anatomie : De la langue.

Physiologie : De la faim et de la soif.

Chimie : Un sel minéral usuel étant donné, en déterminer l'acide.

Histoire naturelle : Histoire des plantes carnivores.

Pathologie externe : La fistule lacrymale.

Pathologie interne : Du pneumo-thorax.

Pathologie générale : Du diagnostic ; ses règles.

Histologie et anatomie générale : Des vaisseaux sanguins.

Anatomie pathologique : Endocardite.

Médecine opératoire : Des opérations qu'on pratique sur les voies lacrymales.

Pharmacologie : Des vinaigres médicinaux.

Matière médicale : De la moutarde et de son huile essentielle.

Thérapeutique : Diviser et classer les agents anesthésiques.

Hygiène : Hygiène du nouveau-né.

Médecine légale : Questions médico-légales relatives au suicide.

Accouchements : De l'embryotomie dans les cas de présentation de l'épaule.

Vu bon à imprimer :

Le Président de la Thèse,

M. LANELONGUE.

Vu : le Doyen,

Dr DENUCÉ.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie,

A. OUVRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Swédiaur. — *Traité des maladies vénériennes.* 1785.

Hunter. — *Traité de la maladie vénérienne.* 1786.

Richond (des Brus). — *De la non-existence du virus vénérien.* 1826.

Malapert. — *Du traitement des maladies vénériennes par l'application directe du deutochlorure de mercure.* 1837.

Fergusson. — *Traitement du bubon par la compression.* 1833.

Velpeau. — *Maladies du système lymphatique,* 1826.

Ricord. — *Traité de l'inoculation et leçons sur le chancre,* rédigées par A. Fournier. 1860.

Marchal (de Calvi). — *Mémoire sur le traitement du bubon,* 1841.

Diday. — *Incision des vaisseaux lymphatiques dans l'aine, comme moyen préservatif du bubon.* 1843. — *Thérapeutique des maladies vénériennes.* 1876.

Vidal (de Cassis). — *Traitement local des bubons.* 1851.

Bonnafond. — *Du séton filiforme dans le traitement du bubon,* 1852.

Milton. — *Du traitement du bubon par les ponctions sous-cutanées.* 1854.

Sirus-Pirondi. — *Traitement du bubon par les applicatians topiques de teinture d'iode.* 1855.

Broca. — *Traitement des bubons vénériens suppurés.* 1856.

Debauge (H.). — *Traitement des chancres simples et des bubons chancreux par le chlorure de zinc.* 1858.

Guérin (Alph.). — *Remarques pratiques sur le traitement du bubon.* 1864.

Rollet. — *Traité des maladies vénériennes.* 1865.

Netter. — *Traitement des bubons vénériens par les vésicatoires.* 1864.

Nayrand. — Thèse de Paris, 1862.

Fournier (A.). — Art. *Bubon, Chancre, Phagédénisme,* du *Dictionnaire de médecine et de chirugie pratiques.*

Rollet. — Art. *Chancre* et *Bubon,* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

Tumoritz. — *Aspiration sous-cutanée dans le traitement des bubons.* 1871.

Wertheim. — *Traitement des bubons par les injections hypodermiques.* 1871.

Lucas-Championnière. — *Journal de médecine et de chirurgie pratiques,* nos 11,338 et 12,044.

Amico (D'). — *Giornale italiano delle malattie venere.* 1871.

Hutchinson. — *Med. times and gaz.* 1877.

Jullien. — *Traité pratique des maladies vénériennes.* 1879.

Sée (M.). — *Bulletin de la Société de chirurgie.* 1880.

Aubert. — *Réunion immédiate dans l'opération du phimosis compliquant le chancre simple*, in *Lyon médical*, no 9, 26 février 1882.

Gavoy. — *Études cliniqnes sur le traitement des bubons vénériens.* 1882.

Toulouse. — Impr. Hébrail et Delpuech, rue de la Pomme, 5.